

**Lastschriftverfahren** (LSV-elektronische Prämienzahlung über das Bankkonto)**LSV-IDENT.: KKM1W**

| | |
|--------------------|---|
| Zahlungsempfänger: | Agilia Krankenkasse, Verwaltung, Mühlering 5, Postfach 246, 6102 Malters |
| Kunde | _____ |
| Adresse | _____ |
| Prämienerhebung | <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> zweimonatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich |

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsmöglichkeit

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten:

| | |
|---|--------------------------|
| Bank | _____ |
| Konto-Nr. | _____ IBAN _____ |
| Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich die Lastschrift innerhalb von 30 Tagen unterzeichnet an meine Bank zurücksende. | |
| Ort / Datum | _____ Unterschrift _____ |

Von der Bank auszufüllen

| | | | |
|------------------------------|-------|--------|-------|
| abzuspeichernde Konto-Nummer | _____ | BC-Nr. | _____ |
| Visum | _____ | | |

Debit-Direct (elektronische Prämienzahlung über das Postkonto)**DD-IDENT.: 106531**

| | |
|--------------------|---|
| Zahlungsempfänger: | Agilia Krankenkasse, Verwaltung, Mühlering 5, Postfach 246, 6102 Malters |
| Kunde | _____ |
| Adresse | _____ |
| Prämienerhebung | <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> zweimonatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich |

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsmöglichkeit

Hiermit ermächtige ich die Post bis auf Widerruf die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem Postkonto zu belasten:

| | |
|---|--------------------------|
| Postkonto-Nr. | _____ |
| IBAN | _____ |
| Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für die Post keine Verpflichtung zur Belastung. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich die Lastschrift innerhalb von 30 Tagen unterzeichnet an die Post zurücksende. | |
| Ort / Datum | _____ Unterschrift _____ |